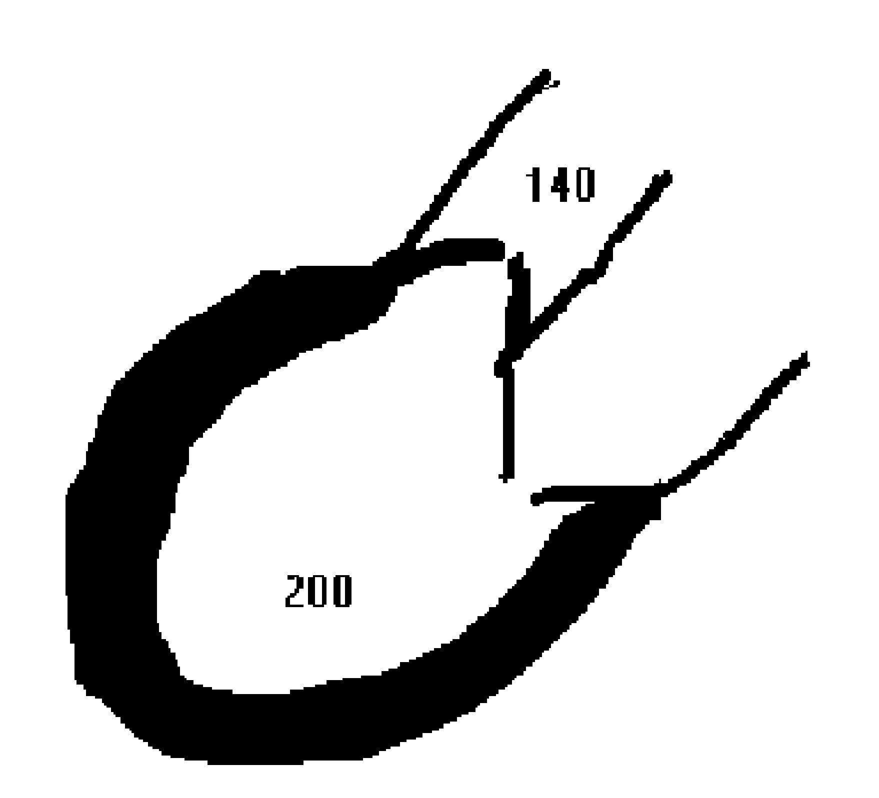
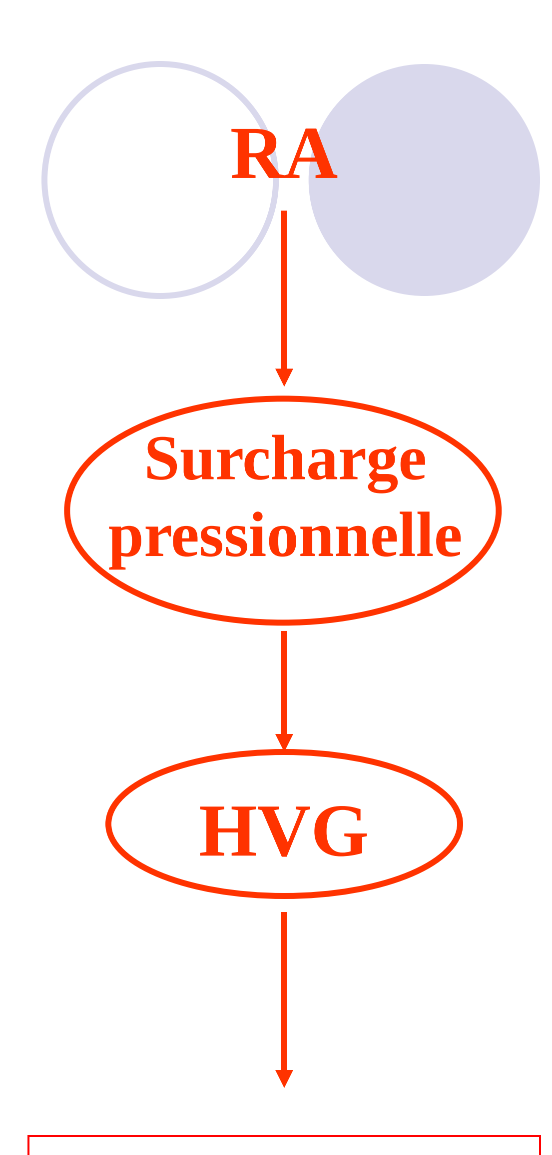
Rétrécissement aortique valvulaire

Valve aortique normale

- **Anneau**
- **Trois valves sigmoïdes (« cusps »)**
- **Sinus de Valsalva (deux « coronaires », un « non coronaire »)**
- **Surface normale: 3 à 3,5 cm^2**

Physiopathologie



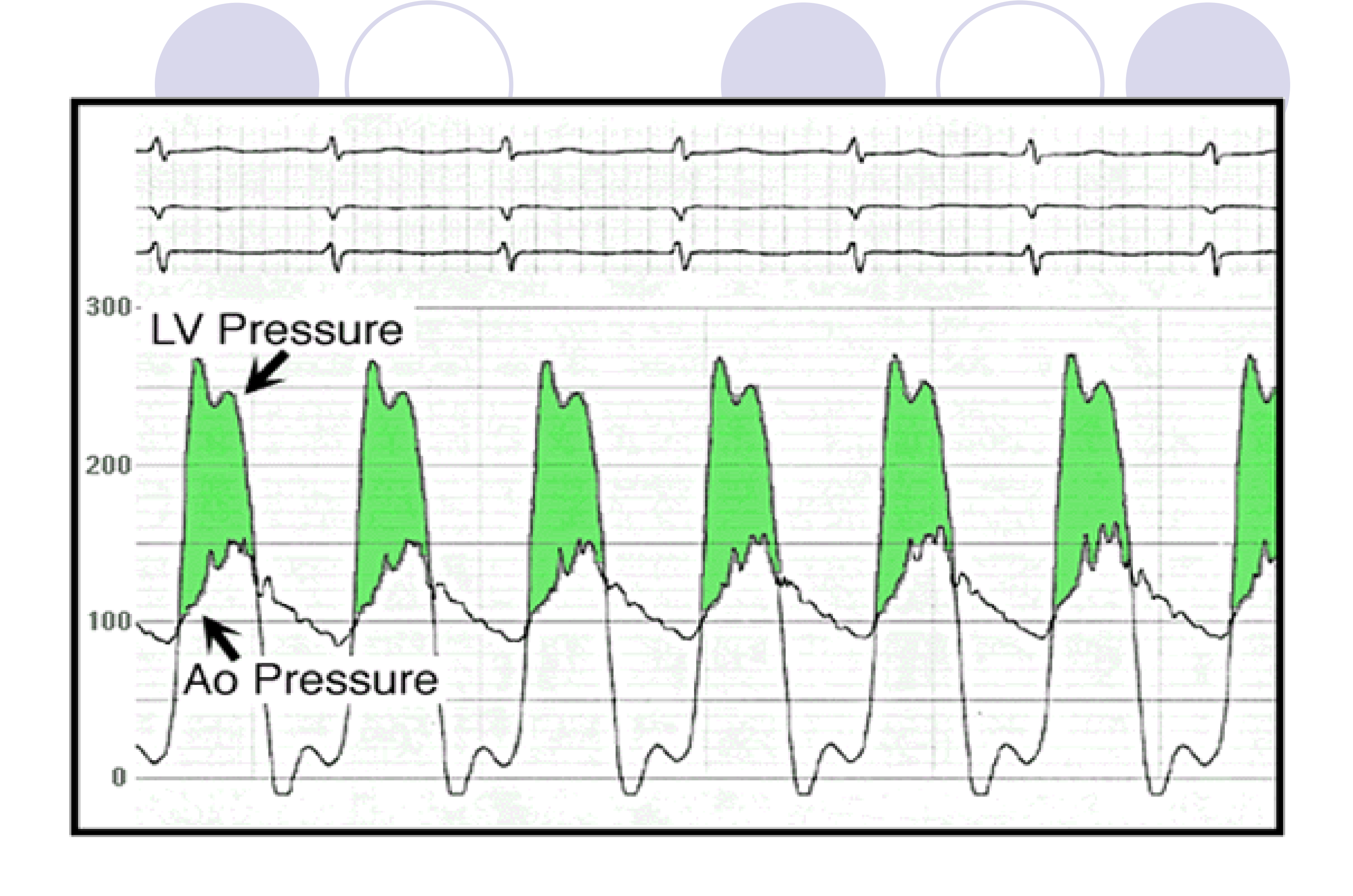


Physiopathologie

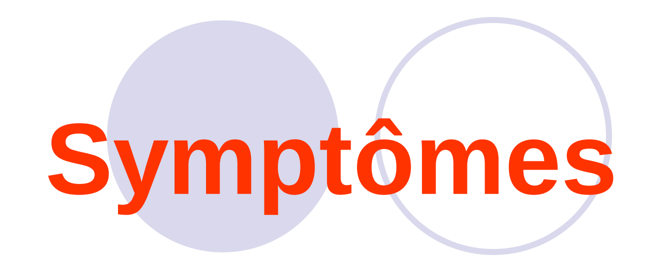
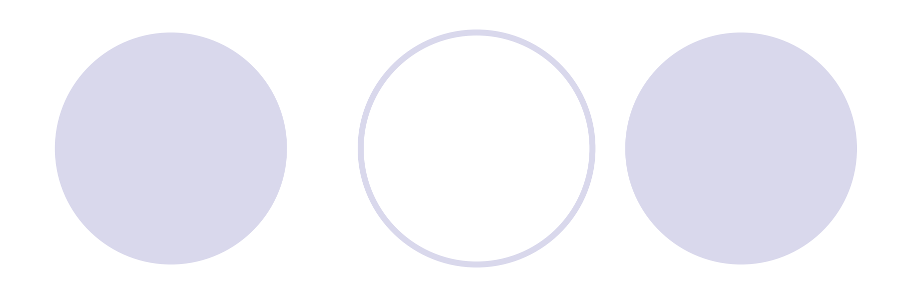
- Gradient de pression VG-aorte
- Hypertrophie myocardique
  - réactionnelle
  - trouble de la compliance
  - conduit à l ’altération de la fonction VG
- Insuffisance coronarienne fonctionnelle

Etiologies

- RA congénital
  - soudure commissurale
  - calcification d 'une bicuspidie
- RA inflammatoire (séquelles de RAA)
  - épaississement fibreux
  - fusion commissurale
  - calcification plus tardivement
- RA dégénératif (calcifié du sujet âgé)
  - Importantes calcifications

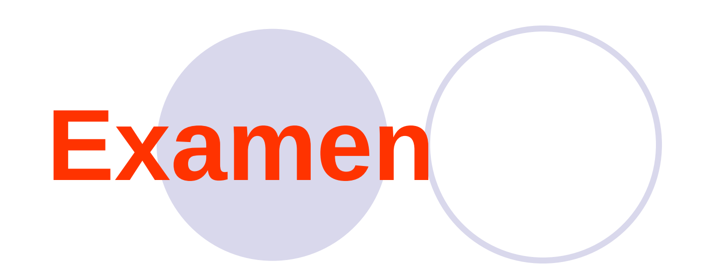


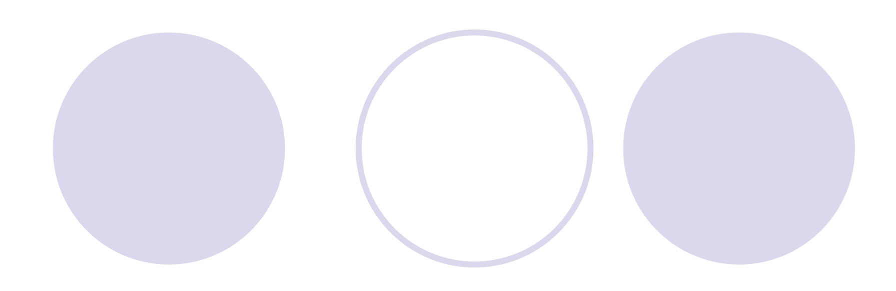
300
LV Pressure
200
100
Ao Pressure
0

Symptômes

- Dyspnée, insuffisance cardiaque
- Angor d'effort
  - 35-50% des patients
  - survie à 5 ans: 50%
- Syncope
  - à l'effort

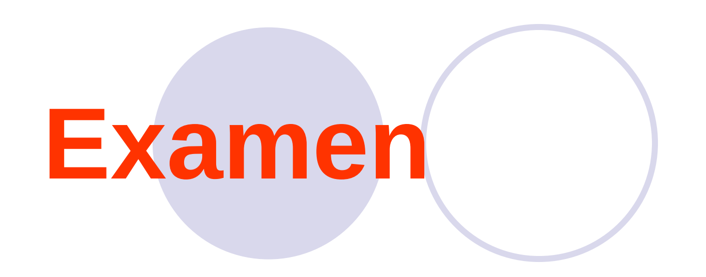


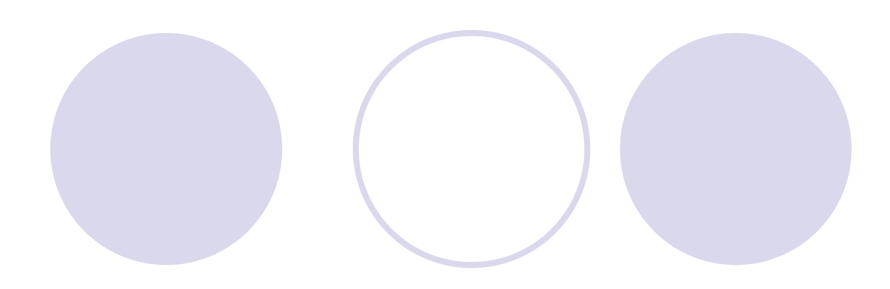


Examen

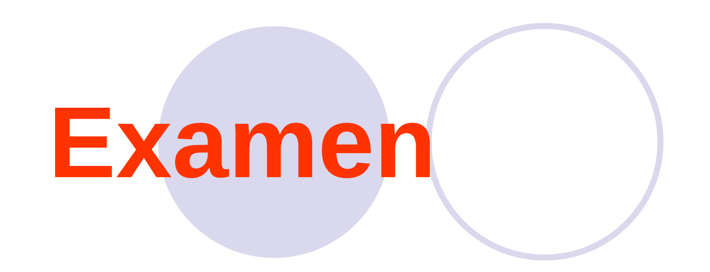
- Choc de pointe déplacé à gauche
- Pouls tardif et peu ample
- Frémissement pariétal

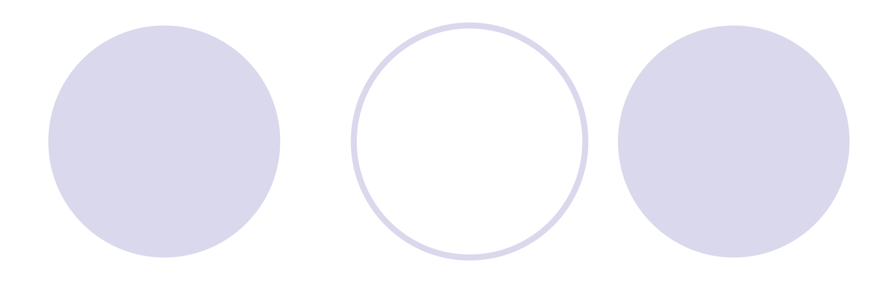
Examen





- Souffle
  - Systolique
  - Éjectionnel
  - 2ème espace intercostal D
  - D’intensité variable
  - Irradiant vers la région sus-sternale et les vaisseaux du cou





Examen

- Modification des bruits du cœur
  - B2 inaudible ou atténué
  - B4
  - Diminution ou extinction de B1

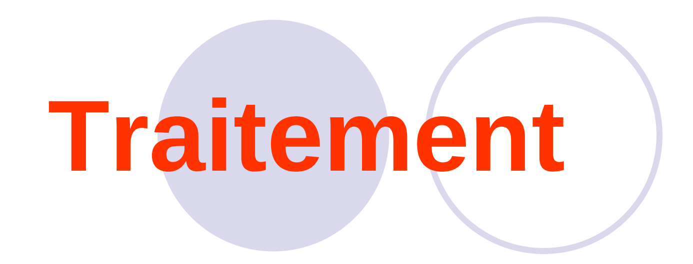
Examens paracliniques

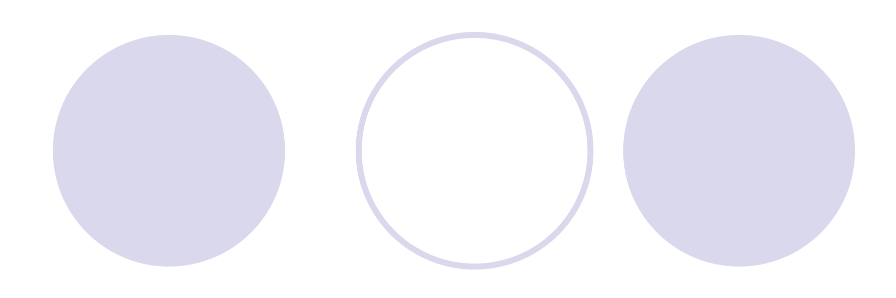
- **RP**: Aorte dilatée, calcifications
- **ECG**: HVG
- **Echo**: morphologie valvulaire, degré de sténose, surface efficace, fraction d'éjection
- **Cathétérisme cardiaque**:

  Gradient, débit, pressions, surface

Evolution

- Les patients peuvent rester asymptomatiques durant des années
- Les symptômes apparaissent tardivement au cours de la maladie
- 40% de décès à 5 ans, 20% à 10 ans après la découverte dans certaines anciennes séries





Traitement

- Palliatif
  - Medical: Diurétiques
  - Valvuloplastie per-cutanée
- Curatif
  - remplacement valvulaire:
    - Mécanique
    - Bioprothèse
    - Homogreffe